

## **Hubungan Faktor Pemungkin dengan Perilaku Pencarian Pengobatan Anak Jalanan di Kota Bekasi Tahun 2017**

### ***ENABLING FACTORS ASSOCIATED WITH THE HEALTH SEEKING BEHAVIOR OF STREET CHILDREN IN BEKASI CITY 2017***

Luna Amalia, dan Caroline Endah Wuryaningsih

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia  
E - mail : amalia.lunaku@gmail.com

*Submitted : 07-07-2017, Revised : 23-07-2017, Revised : 11-10-2017, Accepted : 27-06-2018*

#### ***Abstract***

*Street children have a high risk of health problems. This study aims to determine the enabling factors (shelter membership, availability of health insurance, accessibility of health care and social support) associated with the health seeking behavior of street children in Bekasi City. The study design was cross-sectional with the sample size of 130 respondents. Analysis results showed that the most of the respondents (82,7%) had poor health seeking behavior. The results of bivariate analyzed showed that the availability of health insurance was significantly associated with health seeking behavior of the street children ( $p$  value = 0,054). Street children who had health insurance had an opportunity for good health seeking behavior 2,7 times higher than those who did not have health insurance. It was suggested that data collection of health seeking behavior and the safety of self medication was important as to determine the health needs of street children.*

*Keywords : health seeking behavior, street children*

#### **Abstrak**

Anak jalanan memiliki risiko tinggi gangguan kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan faktor pemungkin (kepesertaan rumah singgah, ketersediaan jaminan kesehatan, aksesibilitas pelayanan kesehatan dan dukungan sosial) dengan perilaku pencarian pengobatan anak jalanan di Kota Bekasi. Desain penelitian menggunakan *cross sectional* dengan jumlah sampel 130 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (82,7%) melakukan perilaku pencarian pengobatan yang kurang baik. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ketersediaan jaminan kesehatan berhubungan signifikan dengan perilaku pencarian pengobatan anak jalanan ( $p$  value = 0,054). Anak jalanan yang memiliki jaminan kesehatan, memiliki peluang untuk pencarian pengobatan yang baik sebesar 2,7 kali lebih tinggi dibandingkan anak jalanan yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Disarankan pentingnya pendataan anak jalanan dan swamedikasi yang tepat dan aman bagi anak jalanan.

Kata kunci : Perilaku, pencarian pengobatan, anak jalanan

## **PENDAHULUAN**

Tujuan utama yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara yang penduduknya hidup dalam lingkungan dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata,

serta memiliki derajat kesehatan yang tinggi.<sup>1</sup> Menurut Undang- Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Oleh karena itu, pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk mengadakan dan mengatur upaya pelayanan kesehatan.<sup>2</sup> Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 ayat 3 juga

menegaskan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Salah satu wujud implementasi Sistem Kesehatan Nasional dan akses terhadap pelayanan kesehatan adalah pola perilaku pencarian pengobatan.<sup>3</sup> Munculnya fenomena pengobatan dalam masyarakat adalah suatu respon rasional masyarakat yang sakit dalam rangka mencari kesembuhan akan penyakitnya. Secara garis besar, pengobatan dibagi dalam dua jenis yakni medis dan non medis. Kedua jenis pengobatan ini terus berkembang.<sup>4</sup>

Perilaku pencarian pengobatan merupakan proses yang tidak pernah lepas dari kehidupan manusia karena setiap orang yang hidup tidak terlepas dari penyakit. Respon seseorang ketika sakit dapat berupa tidak melakukan apa-apa (*no action*), tindakan mengobati sendiri (*self treatment*), mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional (*traditional remedy*), dan mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang disediakan oleh pemerintah atau lembaga kesehatan swasta dan dokter praktik.<sup>5</sup> Pemilihan sumber pengobatan yang salah atau terlambat akan menimbulkan dampak yang besar bagi kesembuhan penyakit yang diderita pasien. Perilaku pencarian pengobatan pertama kali yang tepat dapat mencegah keterlambatan diagnosis, meningkatkan pemenuhan perawatan dan meningkatkan promosi kesehatan dalam berbagai konteks.<sup>6</sup>

Anak jalanan merupakan masalah sosial yang melanda hampir seluruh kota di Indonesia. Dalam Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 80/HUK/2010 dijelaskan bahwa anak jalanan adalah anak yang berusia 5-18 tahun yang menghabiskan sebagian besar waktunya untuk mencari nafkah dan berkeliaran di jalanan maupun tempat-tempat umum. Berdasarkan data PMKS Departemen Sosial tahun 2007, jumlah anak jalanan di Indonesia sebanyak 104.497 jiwa. Menurut Kementerian Sosial, pada tahun 2009 jumlah anak jalanan sebanyak 83.776 jiwa. Jumlah ini meningkat pada tahun 2012 menjadi 135.983 jiwa dan Provinsi Jawa Barat menempati posisi kedua jumlah tertinggi anak jalanan sebesar 11.452 jiwa. Pada tahun 2015, jumlah anak jalanan dinyatakan menurun menjadi 33.400 jiwa yang tersebar di 16 provinsi.<sup>7</sup>

Berbagai kegiatan yang dilakukan anak

jalanan di luar rumah membawa risiko bagi kondisi fisik dan kesehatannya. Sebesar 37,3% anak jalanan di Bandung menderita ISPA, 23,5% menderita diare dan 17,6% menderita penyakit kulit.<sup>8</sup> Lebih dari 90% anak jalanan sudah lazim terkena pusing-pusing, batuk, pilek, dan sesak nafas.<sup>9</sup> Setiap hari, anak jalanan terpapar polusi udara, air, dan sampah sehingga rentan terhadap penyakit kulit, Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) dan diare. Selain itu, mereka juga rentan mengidap penyakit menular seksual akibat dari pergaulan bebas.<sup>10</sup>

Ironisnya, meskipun sebagian besar anak jalanan sering terserang penyakit, hanya sedikit yang tersentuh pelayanan kesehatan. Pada tahun 1998 di Surabaya, dari 891 anak jalanan yang teridentifikasi, hanya 24,81% yang mengaku pernah memperoleh pelayanan dan bantuan kesehatan.<sup>9</sup> Namun, hasil penelitian Sedyaningsih dkk (2005) pada anak jalanan binaan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) di Jakarta menunjukkan 52 % anak jalanan mencari pengobatan ke tenaga profesional.<sup>11</sup>

Anak jalanan dianggap sulit untuk mendapatkan akses ke pelayanan kesehatan karena mereka berasal dari keluarga dengan ekonomi rendah. Kementerian Sosial melalui Program Kesejahteraan Sosial Anak (PKSA) memberikan akses pelayanan kesehatan dasar dengan pemahaman pola hidup sehat dan pemberian jaminan kesehatan masyarakat. Namun pada kenyataannya, belum semua anak jalanan terdaftar dalam PKSA. Pada tahun 2012, jumlah anak jalanan penerima PKSA hanya 5.517 jiwa,<sup>12</sup> sedangkan pada tahun 2016 baru mencapai 6000 anak.<sup>7</sup>

Anak jalanan seringkali terkendala mendapatkan akses layanan kesehatan dikarenakan dokumen administrasi yang tidak lengkap atau tidak ada sama sekali.<sup>13</sup> Saat ini masyarakat telah dipermudah dengan adanya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Melalui program JKN, pemerintah membantu masyarakat miskin dengan kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI) sehingga mereka dapat mengakses layanan kesehatan secara gratis. Namun, anak jalanan yang tidak memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) tidak akan dapat terdaftar dalam JKN.<sup>14</sup>

Anak jalanan seharusnya bisa mendapat-

kan pelayanan kesehatan di rumah singgah, Panti Sosial Asuhan Anak (PSAA), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), dan rumah sakit. Namun kenyataannya mereka masih enggan ke pelayanan kesehatan karena takut ditangkap aparat keamanan, tidak memiliki kartu jaminan kesehatan dan tidak terdaftar sebagai pengguna rumah singgah.<sup>14</sup>

Kota Bekasi merupakan bagian dari wilayah Provinsi Jawa Barat yang berbatasan langsung dengan provinsi DKI Jakarta. Letaknya yang bersebelahan dengan ibukota negara memberikan keuntungan dalam bidang komunikasi dan perhubungan. Dibandingkan dengan kota penyangga lainnya, perkembangan Kota Bekasi lebih pesat. Kota Bekasi memiliki luas wilayah 210,49 km<sup>2</sup> dan terdiri dari 12 kecamatan. Kota Bekasi memiliki 38 rumah sakit, 31 Puskesmas, dan 24 Puskesmas pembantu yang tersebar di 12 kecamatan.<sup>15</sup> Penduduk Kota Bekasi pada tahun 2016 diproyeksikan sebesar 2.787.205 jiwa.<sup>16</sup>

Besarnya jumlah penduduk dan tingginya perekonomian di Kota Bekasi, menjadi daya tarik bagi anak jalanan. Berdasarkan data Kementerian Sosial, jumlah anak jalanan di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2012 sebanyak 11.452 anak.<sup>17</sup> Sementara berdasarkan data Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat, jumlah anak jalanan di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2012 sebanyak 6.899 anak dan 185 anak diantaranya ada di Kota Bekasi.<sup>18</sup> Pada tahun 2014, jumlah anak jalanan di Kota Bekasi tetap 185 anak.<sup>19</sup> Namun, jumlah anak jalanan memiliki kecenderungan meningkat seiring dengan peningkatan jumlah penduduk Kota Bekasi.

Menurut Andersen dalam Wolinsky pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor, yakni karakteristik predisposisi (*predisposing characteristics*), karakteristik pemungkin (*enabling characteristics*), dan karakteristik berdasarkan kebutuhan (*need based characteristics*).<sup>20</sup> Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan faktor pemungkin (kepesertaan rumah singgah, ketersediaan jaminan kesehatan, aksesibilitas pelayanan kesehatan dan dukungan sosial) dengan perilaku pencarian pengobatan anak jalanan di Kota Bekasi. Faktor pemungkin meliputi sumber daya yang dimiliki oleh keluarga dan masyarakat.

## BAHAN DAN METODE

Jenis penelitian yang dilakukan merupakan penelitian kuantitatif analitik dengan desain *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan di beberapa lokasi yang biasa dijadikan tempat berkumpul anak jalanan di Kota Bekasi pada Bulan April – Mei 2017. Populasi dalam penelitian ini adalah anak jalanan di Kota Bekasi. Kriteria inklusi responden adalah anak yang bekerja di jalanan Kota Bekasi dan berusia 10 – 18 tahun.

Data populasi anak jalanan di Kota Bekasi tidak diketahui sehingga metode pengambilan sampel tidak dapat dilakukan secara *system random sampling*. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan cara *Respondent Driven Sampling* (RDS). Pengambilan sampel dimulai dari rumah singgah yang membina anak jalanan. Responden berikutnya diperoleh berdasarkan informasi dari responden pertama dan seterusnya. Rumah singgah yang dapat ditemui dalam penelitian ini adalah Cahaya Anak Negeri (CAN), Komunitas Peduli Pendidikan Anak Jalanan (Koppaja), dan Sastra Kalimalang. Dalam proses pencarian responden, peneliti juga menemukan anak binaan rumah singgah Karya Anak Bangsa (Kabasa).

Jumlah sampel sebanyak 130 responden. Besar sampel minimal untuk penelitian ini dihitung menggunakan rumus *sample size* uji hipotesis beda dua proporsi dua sisi. Hasil perhitungan berdasarkan penelitian sebelumnya adalah 59 responden. Karena pengambilan sampel tidak menggunakan *simple random sampling* maka jumlah sampel dikalikan efek desain menjadi  $2 \times 59 = 118$  responden. Untuk menghindari kemungkinan *drop out*, jumlah sampel ditambahkan 10% menjadi 130. Pada pengumpulan data, peneliti mendapatkan 130 responden dan secara keseluruhan dapat dianalisis datanya.

Data dikumpulkan melalui wawancara menggunakan instrumen kuesioner terstruktur. Data yang diperoleh kemudian dianalisis univariat dan bivariat. Penelitian ini telah melalui prosedur kaji etik dan dinyatakan layak untuk dilaksanakan berdasarkan surat keterangan Komisi Etik Riset dan Pengabdian Kesehatan Masyarakat FKM UI. Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel, yaitu variabel independen dan variabel dependen.

Bentuk analisis univariat yang dilakukan adalah distribusi frekuensi dan proporsi. Analisis bivariat dilakukan menggunakan uji *chi square* untuk mengetahui besar hubungan antara variabel dependen dengan masing-masing variabel independen.

Pada penelitian ini, perilaku pencarian pengobatan yang dikategorikan baik adalah pengobatan ke pelayanan kesehatan. Perilaku pencarian pengobatan selain ke pelayanan kesehatan dikategorikan kurang baik.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah kepesertaan rumah singgah, ketersediaan jaminan kesehatan, aksesibilitas pelayanan kesehatan dan dukungan sosial. Kepesertaan rumah singgah adalah status responden sebagai binaan di rumah singgah. Ketersediaan jaminan kesehatan adalah pernyataan responden tentang tersedia atau tidaknya jaminan kesehatan untuk menanggung biaya pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Aksesibilitas pelayanan kesehatan adalah pernyataan tentang kemudahan dalam menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan yang dinilai dari cara tempuh, waktu tempuh dan biaya transportasi. Dukungan sosial adalah pernyataan tentang dukungan dari keluarga dan teman untuk mendapatkan pengobatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

## HASIL

**Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik di Kota Bekasi Tahun 2017**

Jenis Karakteristik	n	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	93	71,5
Perempuan	37	28,5
Pendidikan		
Tidak melek huruf	19	14,6
Melek huruf	111	85,4
Pekerjaan		
-Jasa		
Pengamen	93	71,5
Pengamen badut	3	2,3
Ojek Payung	2	1,5
Pembersih Kaca Mobil	1	0,8
Pak Ogah/ Polisi cepek	5	3,8
-Pedagang		
Penjual Tissue	8	6,2
Penjual Makanan	3	2,3
-Pengemis/ Pemulung		
Pengemis	2	1,5
Pemulung	3	2,3

Pada penelitian ini diperoleh usia minimal responden 10 tahun dan usia maksimal 18 tahun dengan rata-rata 13,9 tahun dan variasi 2,5 tahun. Sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki. Sebagian besar responden melek huruf, yakni memiliki kemampuan membaca dan menulis huruf latin. Pekerjaan sebagian besar responden adalah pengamen.

**Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Pencarian Pengobatan di Kota Bekasi Tahun 2017 (n=130)**

Perilaku Pencarian Pengobatan	n	%
Baik		
Ke pelayanan kesehatan	23	17,7
Kurang Baik		
Membeli obat di apotek	3	2,3
Membeli obat di warung	20	15,4
Pijat	2	1,5
Minum ramuan/ jamu	1	0,8
Kerokan	26	20,0
Tidak melakukan apa-apa (istirahat saja)	55	42,3

Sebanyak 128 responden (98,5%) menyatakan mengalami keluhan kesehatan dalam tiga bulan terakhir. Keluhan yang dialami adalah pusing (66,9%), mual (40%), gatal di kulit (30,8%), gatal di area kelamin (5,4%), demam (46,9%), sesak nafas (27,7%), sakit perut (43,8%), flu (55,4%), batuk (70,8%), sakit gigi (36,2%) dan pegal-pegal (6,2%).

Berdasarkan Tabel 2 diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki perilaku pencarian pengobatan yang kurang baik (82,3%). Perilaku yang paling banyak dilakukan oleh responden adalah tidak melakukan apa-apa atau hanya beristirahat ketika merasa sakit. Alasan responden memilih tidak melakukan apa-apa adalah karena sudah terbiasa (98,2%), sakitnya tidak parah (21,8%), terpaksa karena tidak memiliki uang (7,3%) dan karena tidak mengeluarkan biaya (1,8%).

Responden yang memilih kerokan memberikan alasan sudah biasa (96,2%), tarif terjangkau (11,5%), dan terasa enak di badan (7,7%). Responden yang memilih membeli obat di warung memberikan alasan sudah biasa (85%), tarif terjangkau (55%), jaraknya dekat (25%), mudah diakses (20%) dan terpaksa karena tidak ada uang (5%). Merek obat yang biasa dibeli oleh responden di warung adalah puyer bintang tujuh,



bodrex, bodrexin, dan inzana. Obat-obatan ini dijual eceran di warung sehingga mereka dapat membeli sesuai kebutuhan dan dengan harga yang cukup terjangkau yakni dibawah sepuluh ribu rupiah.

Responden yang melakukan pengobatan dengan membeli obat di apotek memberikan alasan sudah biasa (33,3%), tarif terjangkau (33,3%) dan jaraknya dekat dari tempat tinggal responden (33,3%). Responden membeli obat di apotek tanpa menggunakan resep.

Responden yang memilih pijat sebagai pengobatan saat sakit memberikan alasan sudah biasa (100%), tarif terjangkau (50%), jarak dekat (50%) dan mudah diakses (50%). Responden melakukan terapi pijat di tempat jasa pelayanan pijat di sekitar tempat tinggalnya. Seorang responden yang memilih minum jamu sebagai pengobatan memiliki alasan terpaksa karena tidak memiliki uang.

Hasil penelitian menunjukkan hanya 17,7% responden yang memiliki kategori perilaku pencarian pengobatan baik, yakni ke pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan yang paling banyak dimanfaatkan adalah Puskesmas (78,3%), sedangkan lainnya memanfaatkan praktik dokter, Rumah Sakit pemerintah dan praktik bidan. Alasan responden yang memilih berobat ke pelayanan kesehatan adalah karena sudah terbiasa (73,9%), jaraknya dekat dari tempat tinggal (52,2%), tarif terjangkau (26,1%), mudah diakses (21,7%) dan pelayanannya baik (4,3%).

Setelah perilaku pengobatan yang pertama seperti digambarkan pada Tabel 2, hanya 43,8% responden yang merasa sembuh. Responden yang belum sembuh akan melakukan perilaku pencarian pengobatan yang kedua. Pada perilaku pencarian pengobatan yang kedua ini terdapat 24 responden (32,9%) yang mencari pengobatan ke

pelayanan kesehatan. Sebanyak 35,6% memilih membeli obat di warung; 12,3% responden memilih membeli obat di apotek; 4,1% responden memilih kerokan; 2,7% memilih minum jamu; dan 12,3% responden yang memilih istirahat saja atau tidak melakukan apa-apa. Pelayanan kesehatan yang dituju adalah Puskesmas (75%), praktik bidan (16,6%), klinik (4,2%) dan praktik dokter (4,2%).

Perilaku pengobatan yang dilakukan ada yang memerlukan biaya dan ada pula yang tidak. Responden yang tidak melakukan apa-apa atau hanya beristirahat, kerokan dan yang berobat gratis ke Puskesmas atau Rumah Sakit tidak memerlukan biaya untuk penyembuhan penyakitnya. Responden lain mengeluarkan biaya sekitar Rp.1000,- sampai dengan Rp.100.000,- untuk pengobatan. Pembiayaan tersebut sebagian besar dibiayai sendiri oleh responden (52,9%). Ada pula yang dibiayai oleh keluarga (44,2%) dan rumah singgah (2,9%).

Terdapat 32,3% responden yang pernah dirawat inap di fasilitas pelayanan kesehatan, baik Puskesmas maupun rumah sakit. Penyebab responden dirawat inap antara lain karena kecelakaan, thypoid, demam berdarah, campak, sakit maag, Tuberculosis (TBC), usus buntu, infeksi ginjal, infeksi paru-paru, sinusitis serta muntah dan berak (Muntaber).

Pembiayaan rawat inap ini berasal dari keluarga (76,2%), gratis karena ditanggung jaminan kesehatan (9,6%), dibiayai rumah singgah (7,1%) dan pada responden yang mengalami kecelakaan dibiayai oleh penabrak (7,1%). Meskipun tergolong miskin, peran keluarga dalam menanggung biaya pengobatan jauh lebih tinggi dibandingkan jaminan kesehatan. Hal ini dimungkinkan terjadi karena sebagian besar responden tidak memiliki jaminan kesehatan.

**Tabel 3. Hubungan Variabel Pemungkin dengan Perilaku Pencarian Pengobatan Anak Jalanan di Kota Bekasi Tahun 2017**

Variabel Independen	Perilaku Pencarian Pengobatan				p value	OR	95% CI
	Kurang Baik		Baik				
	N	%	N	%			
Kepesertaan Rumah Singgah							
-tidak terdaftar	69	84,1	13	15,9	0,631	1,397	0,6 – 3,5
-terdaftar	38	79,2	10	20,8			
Ketersediaan Jaminan Kesehatan							
-tidak tersedia	68	88,3	9	11,7	0,054	2,712	1,1 – 6,8
-tersedia	39	73,6	14	26,4			

Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan							
-akses sulit	14	93,3	1	6,7	0,469	3,312	0,4 – 26,5
-akses mudah	93	80,9	22	19,1			
Dukungan Sosial							
-rendah	42	85,7	7	14,3	0,579	1,477	0,6 – 3,9
-tinggi	65	80,2	16	19,8			

Berdasarkan Tabel 3 diketahui bahwa pada semua kategori variabel independen, sebagian besar responden melakukan perilaku pencarian pengobatan yang kurang baik. Hasil uji chi square menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara ketersediaan jaminan kesehatan dengan perilaku pencarian pengobatan anak jalanan. Nilai OR 2,7 menunjukkan bahwa anak jalanan yang memiliki jaminan kesehatan, memiliki peluang untuk melakukan perilaku pencarian pengobatan yang baik sebesar 2,7 kali lebih tinggi dibandingkan anak jalanan yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Tidak ada hubungan yang signifikan antara kepesertaan rumah singgah, aksesibilitas pelayanan kesehatan dan dukungan sosial dengan perilaku pencarian pengobatan anak jalanan.

## PEMBAHASAN

Respon seseorang ketika sakit dapat berupa tidak melakukan apa-apa, tindakan mengobati sendiri, mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan tradisional dan mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diadakan oleh pemerintah ataupun lembaga kesehatan swasta.<sup>21</sup> Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa perilaku pencarian pengobatan mayoritas anak jalanan kurang baik (82,3%), yakni memilih cara pengobatan selain ke pelayanan kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (2010), respon tidak melakukan apa-apa membuktikan bahwa kesehatan belum menjadi prioritas dalam kehidupan mereka.<sup>21</sup> Responden merasa terbiasa dengan keluhan yang dirasakan sehingga menganggap keluhan tersebut tidak membutuhkan pengobatan yang khusus dan akan hilang dengan sendirinya.

Salah satu perilaku pencarian pengobatan yang dilakukan oleh responden adalah kerokan. Orang yang dimintai tolong oleh responden untuk kerokan adalah keluarga atau teman sehingga tidak ada biaya yang perlu dibayarkan. Bagi

suku Jawa, kerokan merupakan suatu pengobatan yang dilakukan pada kondisi khusus yang disebut masuk angin. Masyarakat awam menggunakan istilah masuk angin untuk menggambarkan berbagai keadaan yang berhubungan dengan rasa tidak enak badan seperti perut kembung, pegal linu, batuk pilek, sakit kepala dan lain-lain.<sup>22</sup>

Hasil penelitian Tamtomo menunjukkan bahwa terjadi reaksi inflamasi pada pengobatan kerokan dan tidak terdapat kerusakan pada kulit. Inflamasi bertujuan untuk menetralkan agen penyebab jejas dan membersihkan jaringan yang mati. Inflamasi merupakan salah satu komponen penyembuhan karena ia menyiapkan jaringan terjejas untuk proses penyembuhan.<sup>23</sup> Hal ini yang memberikan rasa nyaman pada pelaku kerokan, termasuk anak jalanan. Kerokan banyak digunakan oleh masyarakat dari golongan bawah sampai bangsawan dan penggunaanya biasanya akan ketagihan.<sup>24</sup>

Upaya masyarakat untuk mengobati dirinya sendiri dikenal dengan istilah swamedikasi. Swamedikasi berarti mengobati segala keluhan pada diri sendiri dengan obat-obat sederhana yang dibeli bebas di apotek atau toko obat atas inisiatif sendiri tanpa nasihat dokter.<sup>25</sup> Swamedikasi menjadi alternatif yang diambil masyarakat untuk meningkatkan keterjangkauan pengobatan. Pada pelaksanaannya, swamedikasi dapat menjadi sumber terjadinya kesalahan pengobatan karena keterbatasan pengetahuan masyarakat akan obat dan penggunaannya.<sup>26</sup> Obat yang dibeli di warung juga rawan terhadap masalah kesehatan karena obat yang dijual eceran tidak dapat diketahui kondisi kemasannya, tanggal kadaluarsa, aturan pakai, dosis yang dianjurkan, efek samping dan bagaimana cara penyimpanannya.

Swamedikasi dalam hal ini dibatasi hanya untuk obat bebas dan bebas terbatas. Keuntungan swamedikasi diantaranya aman bila digunakan sesuai aturan, efektif untuk menghilangkan keluhan karena 80% keluhan sakit bersifat *self-*

*limiting*, efisiensi biaya, efisiensi waktu, bisa ikut berperan dalam mengambil keputusan terapi dan meringankan beban pemerintah dalam keterbatasan jumlah tenaga dan sarana kesehatan di masyarakat. Namun, seringkali dijumpai bahwa swamedikasi menjadi sangat boros karena mengkonsumsi obat yang sebenarnya tidak dibutuhkan atau berbahaya. Bagaimanapun, obat bebas dan bebas terbatas tidak bebas dari efek samping sehingga pemakaiannya harus sesuai dengan indikasi, lama pemakaian yang benar, disertai dengan pengetahuan pengguna tentang risiko efek samping dan kontraindikasinya.<sup>27</sup>

Anak jalanan perlu mendapatkan informasi terkait swamedikasi yang tepat dan aman untuk penyakit ringan yang memang bisa disembuhkan melalui swamedikasi. Promosi kesehatan terkait swamedikasi juga dapat mencegah penyalahgunaan obat pada anak jalanan.

Pijat merupakan jenis pengobatan alternatif yang paling sederhana karena dalam prosesnya tidak membutuhkan banyak alat dan efek pengobatannya dapat langsung dirasakan pasien.<sup>28</sup> Sedangkan jamu merupakan warisan turun temurun masyarakat Indonesia yang digunakan untuk memelihara kesehatan dan menyembuhkan penyakit, namun belum semuanya mempunyai bukti ilmiah yang kuat terkait khasiat dan keamanannya.<sup>29</sup>

Persentase pengobatan ke pelayanan kesehatan pada perilaku pencarian pengobatan kedua lebih besar dibandingkan dengan perilaku pencarian pengobatan yang pertama. Hal ini dimungkinkan karena responden merasa sakitnya semakin parah sehingga perlu memeriksakan diri ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Penyakit yang menyebabkan responden harus dirawat inap menggambarkan risiko penyakit yang dapat terjadi pada anak jalanan. Kecelakaan yang dialami oleh responden terjadi di jalan raya saat mereka bekerja. Hal ini juga menggambarkan bahwa responden akan melakukan pencarian pengobatan ke pelayanan kesehatan ketika menderita sakit yang cukup parah.

Rendahnya pencarian pengobatan anak jalanan ke pelayanan kesehatan sejalan dengan penelitian Suyanto yang menyatakan hanya 24,81% anak jalanan yang pernah memperoleh pelayanan dan bantuan kesehatan.<sup>9</sup> Hasil penelitian Wahyono dan Oktarinda juga menjelaskan

bahwa anak jalanan yang berobat ke pelayanan kesehatan lebih sedikit (34%) dibandingkan yang melakukan pengobatan sendiri (68%). Menurut anak jalanan, obat yang dibeli di warung sudah bisa menyembuhkan sakit yang diderita.<sup>30</sup>

Kehidupan anak jalanan di luar rumah membawa risiko bagi kondisi fisik dan kesehatannya. Banyaknya keluhan yang dialami oleh anak jalanan ini sayangnya tidak diimbangi dengan perilaku pencarian pengobatan yang baik.

Rumah singgah merupakan wahana yang dipersiapkan sebagai perantara anak jalanan dengan pihak-pihak yang akan membantu mereka.<sup>31</sup> Dari empat rumah singgah yang ditemukan dalam penelitian ini, terdapat satu rumah singgah yang belum terdaftar di Dinas Sosial Kota Bekasi, yakni Koppaja. Pendataan anak jalanan sangat perlu dilakukan oleh pemerintahan Kota Bekasi untuk menunjang program penanganan anak jalanan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kepesertaan rumah singgah dengan perilaku pencarian pengobatan. Hal ini dapat terjadi karena semua rumah singgah yang diikuti oleh responden tidak memiliki program pemeriksaan kesehatan rutin dan klinik kesehatan serta tidak memberikan kartu untuk pengobatan ke pelayanan kesehatan. Namun, pembina rumah singgah akan memberikan bantuan pada anak binaan yang membutuhkan pengobatan ke pelayanan kesehatan melalui dana kas, donatur rumah singgah maupun kerjasama dengan lembaga lainnya. Rumah singgah juga tidak memiliki program penyuluhan dan bimbingan kesehatan untuk anak binaannya.

Hal berbeda ditemukan pada penelitian Sedyaningsih dkk yang menunjukkan bahwa 52% anak jalanan binaan LSM mencari pengobatan ke tenaga profesional. Anak jalanan ini memiliki kartu berobat dari LSM pendampingnya sehingga dapat berobat ke Puskesmas terdekat.<sup>11</sup>

Jaminan kesehatan merupakan program pemerintah untuk membantu pembiayaan layanan kesehatan. Pada responden yang memiliki jaminan kesehatan, sebagian besar jaminan kesehatannya tidak berbayar atau ditanggung pemerintah, yakni KIS dan BPJS PBI. Kondisi ini menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga anak jalanan termasuk dalam kategori miskin dan berhak menerima bantuan kesehatan.

Hasil analisis menunjukkan bahwa ada

hubungan yang signifikan antara ketersediaan jaminan kesehatan dengan perilaku pencarian pengobatan. Anak jalanan yang memiliki jaminan kesehatan, memiliki peluang untuk perilaku pencarian pengobatan yang baik sebesar 2,7 kali lebih tinggi dibandingkan anak jalanan yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Logen, Balqis dan Darmawansyah yang menunjukkan adanya hubungan antara jaminan kesehatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.<sup>32</sup>

Pemerintah Kota Bekasi baru saja meluncurkan Kartu Sehat berbasis Nomor Induk Kependudukan (NIK). Menurut walikota Bekasi, Rahmat Effendi, program kartu sehat berkaitan dengan integrasi data kependudukan warga Kota Bekasi. Warga cukup menggunakan KTP dan KK untuk mendapatkan pelayanan dasar kesehatan di Kota Bekasi. Kartu sehat ini diperuntukkan bagi masyarakat Kota Bekasi dengan penghasilan sama atau dibawah Upah Minimum Kota (UMK) Kota Bekasi yang besarnya 3,6 juta rupiah.<sup>33</sup>

Kartu sehat tentu akan membantu warga miskin untuk meningkatkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan. Keluarga anak jalanan yang memiliki KTP Kota Bekasi seharusnya dapat memanfaatkan program tersebut sehingga memiliki kemudahan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik.

Menurut Andersen dalam Wolinsky akses ke fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian sumber daya masyarakat yang termasuk dalam karakteristik pemungkin pemanfaatan pelayanan kesehatan.<sup>20</sup> Aksesibilitas pelayanan kesehatan dalam penelitian ini diukur berdasarkan kemudahan alat transportasi, waktu tempuh dan biaya transportasi.

Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara aksesibilitas pelayanan kesehatan dengan perilaku pencarian pengobatan. Hasil penelitian Sebayang juga menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara jarak, sarana transportasi dan biaya transportasi dengan pemanfaatan Puskesmas.<sup>34</sup> Hal ini dapat terjadi karena responden memiliki hambatan lain ke pelayanan kesehatan.

Di wilayah perkotaan seperti Bekasi, sangat mudah menemukan fasilitas pelayanan kesehatan. Kota Bekasi memiliki 31 Puskesmas, 24 Puskesmas pembantu dan 38 rumah sakit

yang tersebar di 12 Kecamatan.<sup>15</sup> Jumlah ini belum termasuk praktik dokter, klinik dan praktik bidan. Semua responden memiliki waktu tempuh 2 sampai 30 menit untuk mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dari tempat tinggal mereka. Transportasi umum juga dapat ditemukan dengan sangat mudah di Kota Bekasi, hanya saja responden memiliki persepsi berbeda terkait mahal atau murahnya biaya transportasi tersebut. Bagi anak jalanan, nominal uang sekecil apapun sangat berarti.

Menurut Anderson dalam *health system* model, dukungan sosial merupakan karakteristik pemungkin yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan. Semakin besar dukungan yang diperoleh, semakin besar peluang untuk melakukan pengobatan ke pelayanan kesehatan. Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial dengan perilaku pencarian pengobatan.<sup>4</sup>

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang disampaikan oleh Anderson. Hal ini dimungkinkan karena sebagian besar anak jalanan yang mendapat dukungan keluarga dan atau teman, tidak mau berobat ke pelayanan kesehatan karena adanya alasan lain yang menjadi hambatan.

Berdasarkan hasil penelitian, dukungan dari keluarga relatif lebih besar dibandingkan dukungan dari teman anak jalanan. Dukungan teman sebaya secara langsung berkaitan dengan kelangsungan hidup anak jalanan. Solidaritas yang kuat merupakan salah satu tanda kehidupan jalanan.<sup>35</sup> Namun dukungan terkait pengobatan hanya diberikan oleh sekelompok kecil anak jalanan sehingga tidak memberikan hasil yang signifikan.

## KESIMPULAN

Sebagian besar anak jalanan memiliki perilaku pencarian pengobatan yang kurang baik. Diperlukan upaya promosi kesehatan terkait swamedikasi yang tepat dan aman untuk anak jalanan.

Ketersediaan jaminan kesehatan berhubungan signifikan dengan perilaku pencarian pengobatan anak jalanan. Anak jalanan yang memiliki jaminan kesehatan, memiliki peluang untuk perilaku pencarian pengobatan yang baik sebesar 2,7 kali lebih tinggi dibandingkan anak



jalanannya yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Pendataan anak jalanan sangat perlu dilakukan untuk mendukung program kesehatan dan penanganan anak jalanan di Kota Bekasi.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Badan PPSDM Kesehatan yang telah memberikan bantuan dana penelitian. Penulis juga berterima kasih kepada Dinas Sosial Kota Bekasi, CAN, Koppaja, Sastra Kalimalang dan adik-adik jalanan yang telah membantu pelaksanaan penelitian.

## DAFTAR RUJUKAN

1. BPS. Statistik Kesejahteraan Rakyat (Welfare Statistic) 2013. Jakarta : BPS; 2013.
2. Departemen Kesehatan. Perencanaan Program Puskesmas Perawatan. Jakarta : Depkes RI ; 2009.
3. Widayati, A. Health Seeking Behavior di Kalangan Masyarakat Urban di Kota Yogyakarta. Jurnal Farmasi Sains dan Komunitas.2012; 9 (2) : 59-65.
4. Foster, G.M. & Anderson, B.G. Medical Anthropology. New York : John Wiley & Sons, Inc ;1978.
5. Notoatmodjo, S. Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku. Jakarta : Rineka Cipta ;2007.
6. Mac Kian, S. A Review of Health Seeking Behaviour : Problems and Prospects. Manchester : University of Manchester; 2004.
7. Kartika, M. Tahun Depan, Indonesia Bebas Anak Jalanan. <http://www.beritasatu.com/pendidikan/401541-tahun-depan-indonesia-bebas-anak-jalanan.html>. (diunduh tanggal 16 Januari 2017).
8. Nur'aini & Dewi, M. Pola Aktivitas, Konsumsi Pangan, Status Gizi dan Kesehatan Anak Jalanan di Kota Bandung. Jurnal Gizi dan Pangan. Juli 2009; 4(2): 97-105.
9. Suyanto, B. Masalah Sosial Anak. Jakarta : Kencana Prenada Media Group ; 2010.
10. Mujiyadi, Nunung, U & Muslim S. Studi Kebutuhan Pelayanan Anak Jalanan. Jakarta : P3KS Press;2011.
11. Sedyaningsih, E.R, dkk. Prevalensi Infeksi Menular Seksual, Faktor Risiko dan Perilaku di Kalangan Anak Jalanan yang Dibina Lembaga Swadaya Masyarakat di Jakarta Tahun 2000. Buletin Penelitian Kesehatan. 2005; 33 (3): 99-110.
12. Kemensos. Kementerian Sosial Dalam Angka : Pembangunan Kesejahteraan Sosial. Jakarta ; 2012.
13. PKPA. Pentingnya Mendorong Layanan Kesehatan Dasar Anak Jalanan. Kompasiana. [http://www.kompasiana.com/pkpaindonesia/pentingnya-mendorong-layanan-kesehatan-dasar-anak-jalanan\\_55487f3bd3927316048b45b7](http://www.kompasiana.com/pkpaindonesia/pentingnya-mendorong-layanan-kesehatan-dasar-anak-jalanan_55487f3bd3927316048b45b7) (diunduh tanggal 6 Januari 2017).
14. Yunita, Jusrida. Problematika Kesehatan Anak Jalanan. Riaupos. <http://www.riapos.co/4817-opini-problematika-kesehatan-anak-jalanan.html#>. WG6C5FN97IU (diunduh tanggal 6 Januari 2017).
15. BPS Kota Bekasi. Kota Bekasi dalam Angka 2016. Bekasi : BPS Kota Bekasi ; 2016.
16. BPS Provinsi Jawa Barat. Proyeksi Jumlah Penduduk Provinsi Jawa Barat 2010-2016. <https://jabar.bps.go.id/linkTableDinamis/view/id/15> (diunduh tanggal 22 Juni 2017).
17. Kementerian Sosial. Rekapitulasi Data Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) Per Provinsi Tahun 2012 (Slide). Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial ; 2012.
18. Dinas Sosial Provinsi Jawa Barat. (2012). Rekapitulasi Data PMKS Provinsi Jawa Barat Tahun 2012. <http://dissos.jabarprov.go.id/gispmks/rekap/2012/rekap-data-pmks.htm> (diunduh 9 Januari 2017).
19. BPS Provinsi Jawa Barat. Jawa Barat dalam Angka 2015. Bandung :BPS Provinsi Jawa barat ; 2015.
20. Wolinsky, F. Seeking and Using Health Services. The Sociology of Health (2nd edition). Belmont,CA: Wadsworth ; 1988.
21. Notoatmodjo, S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta ; 2010.
22. Bustami, Z.S. Angin Duduk Jangan Dipijat. Kompas Cyber Media; 2003.
23. Tamtomo, D.G. Gambaran Histopatologi Kulit pada Pengobatan Tradisional Kerokan. Jurnal CDK; 2008; 160 (35) : 28-31.
24. Didik, T. Budaya Kerokan Sebagai Upaya Pengobatan Tradisional. Buletin UNS; 2004; 9 (14).

25. Tan, H.T, Rahardja, K. Obat-Obat Sederhana untuk Gangguan Sehari-hari. Jakarta : PT Elex Media Komputindo ; 2010.
26. Departemen Kesehatan. Pedoman Penggunaan Obat Bebas dan Bebas Terbatas. Jakarta : Ditjen Binfar Alkes ; 2007.
27. Kristina, S.A, Prabandari, Y.S, & Sudjaswadi. Perilaku Pengobatan Sendiri yang Rasional Pada Masyarakat. Berita Kedokteran Masyarakat. 2007; 23(4): 176 -183.
28. Paramarta, P.S.M, Zuryani N & Astika K.S. Penggunaan Batra Pijat dalam Penyembuhan Penyakit. Jurnal Ilmiah Sosiologi. 2016;1(1): 1-11.
29. Siswanto. Saintifikasi Jamu Sebagai Upaya Terobosan untuk Mendapatkan Bukti Ilmiah tentang Manfaat dan Keamanan Jamu. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan; 2012; 15(2): 203 – 211.
30. Wahyono, T.Y.M, & Oktarinda. Gambaran Pengetahuan dan Perilaku Sehat Anak Jalanan di Kotamadya Depok. Depok; Puslit Keluarga Sejahtera UI; 2002.
31. Departemen Sosial. Standar Pelayanan Sosial Anak Jalanan Melalui Rumah Singgah. Jakarta : Ditjen Bina Pelayanan Sosial Anak; 2002.
32. Logen, Y., Balqis, & Darmawansyah. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Pemulung di TPA Tamangapa. Makasar: Universitas Hasanuddin ; 2015.
33. Saputra, D. (2017,17 januari). Pemerintah Kota Bekasi Meluncurkan Kartu Bekasi Sehat. <http://www.bekasiurbancity.com/pemerintah-kota-bekasi-meluncurkan-kartu-bekasi-sehat/>. (diunduh 6 Juni 2017).
34. Sebayang, R.I. Analisis Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas oleh Keluarga Miskin Peserta JPKMM di Wilayah Kecamatan Warungkondang Kabupaten Cianjur Tahun 2005. [Tesis]Depok:FKM Universitas Indonesia; 2006.
35. Beazley, H. The Construction and Protection of Individual and Collective Identities by Street Children and Youth in Indonesia. Children, Youth and Environments; 2003; 13(1) : 105 - 133.